

Éditorial : Pour une politique de santé mentale : tirer profit de l'histoire*

Dominique Gaucher

Volume 12, numéro 2, novembre 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030405ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030405ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Gaucher, D. (1987). Éditorial : Pour une politique de santé mentale : tirer profit de l'histoire*. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 114–128.
<https://doi.org/10.7202/030405ar>

Éditorial

Pour une politique de santé mentale: tirer profit de l'histoire*

*Dominique Gaucher***

Élaborer une politique de santé mentale suppose, pour l'appareil gouvernemental, de faire le point sur les clientèles à desservir, les besoins à combler, la disponibilité des services, leur qualité et leur efficacité, ainsi que sur l'efficacité de leur fonctionnement (MSSS, 1986; Gaucher, 1986). Cette opération se doit aussi de prendre en compte l'évolution des attentes de la population à l'égard des services publics et la volonté de cette dernière d'y contribuer, financièrement et autrement. Elle doit aussi mesurer les changements de valeurs chez les prestataires de services et les conflits potentiels susceptibles d'entraver la réalisation de changements.

Il est utile de regarder loin en arrière si l'on veut retrouver une perspective qui dépasse le quotidien immédiat et qui permette d'identifier, sous la surface de la conjoncture actuelle, les problèmes de fond (Groupe de travail, 1986).

C'est pourquoi le Comité de la politique de santé mentale a engagé une démarche d'analyse dont l'une des étapes constituait un bilan organisationnel. Celui-ci devait livrer les grands traits de l'évolution des services (publics et autres) sur une longue période, afin de tirer profit de l'histoire pour orienter les décisions futures.

Or, l'éventail des problèmes auxquels les pratiques d'intervention en santé mentale s'adressent s'est élargi depuis l'époque de la psychiatrie asilaire. Sous l'influence de la psychiatrie communautaire américaine et française, la psychiatrie asilaire a été progressivement abandonnée depuis les années 60 au profit d'une pratique qui promeut davantage le maintien et le traitement dans le milieu de vie (Boudreau, 1984; Aird et Amyot, 1980; Lortie, 1986; Laurin, 1986).

De la maladie à la santé, les intervenants définissent maintenant le domaine possible d'intervention en santé mentale de manière plus large. On y ajoute alors quantités de problématiques sociales et de clientèles, et quantités d'intervenants, professionnels et non professionnels. Mais la clientèle principale de la psychiatrie communautaire est la même qu'autrefois: les personnes perturbées par des troubles mentaux sévères.

Le domaine possible d'intervention en santé mentale s'est déployé à la mesure des aspirations qu'a désormais notre société à l'égard de la condition mentale des individus qui la composent. À cause de cet élargissement des conceptions, les contours du champ concret des pratiques ne sont pas arrêtés et ils diffèrent selon les conceptions, la place dans le système et le vécu quotidien de ceux qui tentent de le définir. En fait, le présent apparaît comme un échiquier où sont en jeu des rapports en perpétuelle redéfinition: ceux de la société à la folie, de l'État à la communauté, des professionnels aux citoyens et aux usagers, des professionnels entre eux; le rapport, aussi, du savoir au pouvoir.

Une politique vient forcément, par les choix qu'elle fait, intervenir dans ces rapports, même si elle ne les vise pas directement. Une politique n'a en effet pas à faire des choix sur tous les terrains, le pouvoir d'intervention de l'état ne s'étendant pas à tous les paliers d'action du système. Dans le cadre d'une politique, on peut interroger précisément l'étendue des responsabilités de l'État, et chercher à rééquilibrer le partage de

* Ce texte est la version remaniée d'un document de travail présenté au Comité de la politique de santé mentale et qui porte le même titre. Je remercie de leurs commentaires les membres du Comité et leurs collaborateurs, et plus spécialement Mme Françoise Vien. J'ai aussi bénéficié d'un très long entretien avec Mme Lise Tessier, concernant l'évolution des services sociaux et des CLSC. Ce texte n'engage toutefois aucune de ces personnes.

** L'auteur est sociologue et agente de recherche à la Direction de l'Évaluation du Ministère de la santé et des services sociaux. Elle a coordonné les travaux du Bilan organisationnel pour le Comité de la politique de santé mentale.

ces responsabilités avec la communauté, les familles, les proches et les individus eux-mêmes. Une politique peut chercher à délimiter la responsabilité du réseau public, puisque l'État en est le responsable ultime, et il peut décider d'y imprimer des transformations concrètes, pour y poursuivre les révolutions en cours ou en amorcer de nouvelles.

Le bilan organisationnel devait donc nous servir à deux fins. D'abord, interroger le rôle de l'État. Mais aussi, sur le plan de l'organisation des services, démarquer les acquis à consolider des changements à effectuer, identifier les résistances et les difficultés.

Hubert Wallot, dans le numéro de juin 1988, s'attaquera à cerner l'évolution des moyens que s'est donnée la société québécoise pour faire face aux troubles mentaux¹. Pour ce faire, il se préoccupe de l'histoire de la conception de la folie, de la capacité du tissu social de faire face aux problèmes mentaux, de la disponibilité des connaissances scientifiques, des ressources professionnelles et institutionnelles, ainsi que de la responsabilité de l'État.

Deux réformes ont successivement modifié la structuration des services. En 1962, la Commission Bédard, Lazure et Roberts proposait d'intégrer la maladie mentale à l'univers sanitaire («une maladie comme les autres») tout en préservant l'existence de services spécifiques à la maladie mentale. Huit ans plus tard, la Commission Castonguay-Nepveu prônait l'intégration complète des services destinés aux malades mentaux dans le réseau des services sanitaires et médicaux généraux. Lors de l'application de cette réforme seront éliminées les structures spécifiques mises sur pied par la réforme précédente (budgets protégés, coordonnateurs régionaux et direction particulière au Ministère). Qu'était donc le mouvement de la psychiatrie communautaire, amorcé dans les années 60, et qu'est devenu cet élan, une fois coulé le «moule» de la réforme Castonguay-Nepveu? Celle-ci a-t-elle favorisé l'amélioration des services psychiatriques et de santé mentale?

Mireille Doré et Gilles Lortie² dressent à leur tour un bilan de ces réformes, concernant: 1) l'effort de désinstitutionnalisation et ses lacunes, et 2) l'intégration d'unités de traitement psychiatrique de courte durée dans les hôpitaux généraux, la sectorisation et la clientèle desservie par ces unités³.

Dans un effort de synthèse des réflexions entourant ce bilan, qui tient compte de ces travaux et les complète, nous esquisserons d'abord ici à grands traits l'évolution des besoins et des connaissances, évolution qui modifie la composition de la demande et de l'offre de services. Nous aborderons aussi la réinterprétation de la responsabilité de l'État, des communautés et des individus, à l'égard des troubles mentaux, responsabilité qui comporte tant un volet social que thérapeutique, le premier touchant le quotidien des personnes, le second, leur être. Nous verrons qu'à la faveur des diverses transformations qui ont été imprimées aux services, les individus et leur entourage ont acquis les dimensions d'acteurs de leur propre destin et d'utilisateurs avisés du système. Considérer la logique de leur socialité devient alors primordial pour l'amélioration du fonctionnement du système de services (Gaucher, dans ce numéro).

L'ÉVOLUTION DES DEMANDES

À cause de l'élargissement des concepts et des pratiques, et du manque de données, il est difficile de cerner avec exactitude l'ampleur des besoins de santé mentale et leur évolution. La demande de services, en revanche, s'est accrue et on peut raisonnablement penser que les besoins qui la sous-tendent ont eu — et auront — tendance à augmenter.

Premièrement, on n'a pas réussi à faire disparaître les maladies mentales connues. Bien que l'utilisation de médicaments plus efficaces ait diminué les symptômes parmi les plus dérangeants pour ces personnes et leur entourage, elle n'a pas touché le fond même de la maladie. En permettant le retour des malades dans la société, la médication a en revanche fait apparaître des besoins de réadaptation et de soutien.

Deuxièmement, les taux de prévalence des troubles mentaux s'accroissent depuis les années 70, à cause de la croissance démographique des groupes d'âge à risque et de l'allongement de la durée de vie des personnes affectées. À moins que n'apparaissent des moyens de réduire l'incidence de ces troubles, leur prévalence va

continuer de croître jusqu'en l'an 2 000. En effet, c'est au courant des années 70 et 80 que le baby boom vient gonfler le groupe d'âge où l'incidence de la schizophrénie est forte. Ce groupe de jeunes adultes, de surcroît conjoncturellement éprouvé au plan socio-économique, aura entre 35 et 55 ans en l'an 2000 et augmentera les taux de prévalence pour cette maladie (Kramer, 1980; ACSSQ, 1986, 1987a, 1987b). L'accroissement du nombre de personnes âgées viendra aussi hausser les besoins de services pour ces clientèles à risque (on note une augmentation du nombre de services psychiatriques chez les personnes âgées de 70 ans et plus, entre 1980 et 1984 (Samson, 1986)).

Troisièmement, de nouveaux besoins se sont ajoutés au fur et à mesure que la vie sociale devenait plus complexe. Les transformations sociales ont exigé et exigent encore des individus une adaptation plus considérable, et elles engendrent des stress plus nombreux. Elles augmentent par ailleurs la vulnérabilité des gens puisqu'elles ont miné les bases traditionnelles de support mutuel des individus, telles la famille étendue et les petites communautés, sans toujours les remplacer par d'autres formes de solidarités (CSMQ, 1985b).

Bien que le nombre des services médicaux relatifs aux traitements psychiatriques semble s'être stabilisé entre 1980 et 1984 (Samson, 1986), c'est sans compter que les services rendus ont continué à se resserrer, même durant cette courte période, et qu'un certain nombre d'entre eux ne sont plus médicaux. Mais même en l'absence de données rigoureuses, «une impression générale se dégage que le nombre de maladies mentales augmente, et en particulier les cas de psychose et de troubles sévères de la personnalité, que le taux de suicide et les maladies dépressives sont à la hausse, que la consommation exagérée d'alcool, de médicaments et de drogues aggrave la condition de plusieurs malades mentaux et peut même constituer l'essentiel de la pathologie» (Laurin, 1986, p. 11).

Quatrièmement, la perception de la santé mentale s'est mutée en conception globale du bien-être et les gens sont maintenant de plus en plus exigeants à l'égard de leur qualité de vie individuelle et collective (Wallot, 1986). Ceci a certaines conséquences.

D'abord, des situations de vie autrefois tolérées sans mot dire sont aujourd'hui dénoncées et font l'objet d'interventions. C'est le cas entre autres de la violence domestique et des abus sexuels (Plaidoyer-victimes, 1987; Clarkson, citée par Samson, 1986). Dans le domaine de l'aide aux victimes en général, la porte n'est qu'entr'ouverte. On peut penser que les interventions d'aide à ces victimes vont avoir tendance à se développer.

Ensuite, la hausse des aspirations à l'égard de la santé mentale donne lieu à des interventions qui sont présentées comme des manières d'atteindre une mise en forme psychique, et qui visent une amélioration de la santé mentale plutôt que sa restauration et son maintien (Wallot, 1986). Des interventions à caractère préventif qui sont susceptibles d'éviter des détériorations de l'état mental, proviennent souvent de cette hausse des aspirations, chez les individus ou les intervenants.

Dans un contexte d'universalité et de gratuité des soins, la hausse des aspirations est susceptible de se traduire directement en demande de soins.

Comment ont évolué les besoins?

L'évolution des structures sociales s'est faite progressivement et elle n'a pas touché toutes les générations de la même façon. Elles semblent frapper durement les jeunes actuellement, provoquant chez eux des problèmes que n'ont pas connus leurs aînés au même âge. Ces derniers font en revanche face à une vieillesse où ils sont plus isolés qu'autrefois (Laurin, 1986; Plamondon et Plamondon, 1981). Les femmes, dont le rôle social s'est grandement modifié, sont confrontées à de nouveaux problèmes qui déroutent à leur tour les hommes de leur entourage. Toutes ces situations sont autant de nouvelles problématiques spécifiques de vie qui peuvent entraîner des problèmes de santé mentale particuliers, et appeler à la création d'interventions appropriées.

En effet, le fait que les besoins ne soient pas uniformes, que certains problèmes s'accumulent chez des groupes particuliers, et que ceux-ci privilégient des solutions au détriment d'autres, a motivé le développement progressif de services spécifiques. On a senti le besoin de concevoir des services pour les femmes

violentes, les enfants victimes de négligence, les personnes âgées en perte d'autonomie, etc. Cette tendance est visible tant chez les organismes communautaires que dans des établissements comme les CSS, où l'on réintroduit actuellement la spécialisation. Cette adaptation des services a des bons et des mauvais côtés, nous y reviendrons.

Vers une diminution des demandes

Peut-on prévoir une diminution substantielle des demandes d'aide dans un proche avenir? Aucune société n'a à ce jour réussi à enrayer la maladie mentale. Aucune société ne peut non plus se vanter de n'avoir aucun problème social susceptible d'affecter l'état mental de ses membres. Tout se passe comme si la «folie», qu'elle soit prise dans son sens biologique, psychologique ou social, était partie prenante de toute vie en société. Elle persiste et demeure en bonne partie inexpliquée.

On a d'ailleurs eu tendance à considérer comme des problèmes mentaux précisément ce qui demeure inconnu — dont on arrive mal à s'expliquer l'origine — et qui touche de près ou de loin aux comportements des individus (Wallot, 1986).

Pour toutes ces raisons, ce qu'on identifie comme des besoins de santé mentale risque de s'accroître plutôt que de décroître dans un proche avenir, et de continuer à exiger un effort de la part de la société dans les prochaines années.

LA DIVERSIFICATION DES CONNAISSANCES

Les conceptions qu'ont eues les sociétés occidentales de la santé mentale relèvent largement de celles que leur fournit le savoir scientifique disponible. En retour, le développement des connaissances est tributaire des choix de chaque société.

Ainsi le développement des connaissances s'est principalement opéré par la recherche bio-médicale et pharmacologique, depuis les années 50. Parallèlement toutefois, dans d'autres disciplines, la recherche permettait de mettre en lumière les facteurs développementaux et sociaux agissant dans le développement de troubles mentaux et dans le maintien de la santé mentale (Perrault, 1987; Laurin, 1986).

Si chaque discipline a cherché à découvrir la cause unique des troubles mentaux, aucune d'entre elles ne peut prétendre l'avoir trouvée. Il est de plus en plus admis que les troubles mentaux résultent de plusieurs causes. Mais la théorie intégrant l'ensemble des connaissances est encore à produire.

Au stade actuel d'évolution des connaissances, nous sommes toujours relativement impuissants face à des états encore inexpliqués, et qui dérangent. Cette impuissance est celle de notre civilisation face aux maladies et aux états chroniques. Les réussites spectaculaires y sont rares, les soins quotidiens et la patience de rigueur, et les facteurs de motivation à renouveler constamment. L'entreprise thérapeutique est encore empirique et d'une efficacité incertaine et limitée. La complexité des problèmes et l'incertitude scientifique ont suscité le foisonnement des techniques de psychothérapie.

Mais même si l'intervention progresse, on n'éliminera jamais totalement l'existence de difficultés de vie susceptibles de générer une demande d'aide.

Les connaissances et l'intervention

L'absence d'intégration des connaissances n'est pas de nature à faciliter l'intervention, l'organisation des services à offrir aux individus et la répartition des responsabilités entre les intervenants. Elle fournit peu d'information à la prise de décisions politique et administrative et laisse une grande place aux luttes de pouvoir entre les tenants de toutes les tendances. On a vu en effet, dans les vingt-cinq dernières années, les professions se multiplier et chacune d'entre elles se chercher un champ de pratique le plus élargi et le plus autonome possibles (Boudreau, 1984).

Mais malgré les luttes professionnelles, et même si l'intégration du savoir est malaisée à atteindre sur le

plan théorique, elle est possible et apparaît progressivement dans la pratique, quand les intervenants se rencontrent autour de situations précises vécues par des individus.

Par ailleurs, même si les préjugés et les craintes ont diminué depuis vingt-cinq ans, ils n'ont pas disparu (Laurin, 1986). Les connaissances sur la maladie mentale et les conditions du maintien de la santé mentale sont encore mal diffusées; le sondage de Melanson-Ouellet (1980) révélait notamment que 70% des répondants s'estiment mal informés sur la maladie mentale.

LA MODIFICATION DES RESPONSABILITÉS À L'ÉGARD DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX

La folie, comme «ensemble de conditions économiques, culturelles, sociales, sanitaires, éducatives, écologiques, familiales, etc... qui défavorisent, bloquent, annihilent la dynamique des sujets pour une participation satisfaisante pour eux, à la coexistence sociale dans des conjonctures historiques et sociales particulières» (Apollon, 1986), constitue une réalité sociale envers laquelle «les collectivités ont toujours mis en place tout un ensemble de moyens, de stratégies, de modèles et de services, soutenus par des valeurs et des croyances d'époque. [...] Ce qu'une société exclut de son histoire lui revient en effet sous la modalité d'un coût à payer» (Apollon, 1986, 79).

La menace (appréhendée ou réelle) de violence ou de désorganisation sociale rend en effet nécessaire la protection des individus affectés eux-mêmes ou celle de la société. Les incapacités appellent la mise en oeuvre de moyens pour soutenir des personnes ou répondre à leurs besoins fondamentaux. À cet égard, le «défi est toujours aussi ample et exigeant» (Laurin, 1986, 113).

Cette responsabilité, autrefois assumée de manière charitable et peu réglementée, a été progressivement prise par l'Etat (Boudreau, 1984; Wallot, 1986). À son tour, la responsabilité de l'État est remise en question — du moins dans son rôle d'État-Providence — et la société civile est interpellée (Apollon, 1986).

Quatre mouvements sont venus transformer la conception de la responsabilité de l'État à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux. D'abord, on a dénoncé la dépersonnalisation résultant de la prise en charge totalitaire typique des institutions asilaires (voir notamment Goffman, 1968). Le retour des malades dans la communauté préconisé par les réformateurs des années 60 puisait à cette source. Mais ce mouvement, qui réinstalle l'individualité comme valeur, s'inscrit dans une époque de «promotion des libertés individuelles et de désinvestissement des causes collectives» (Apollon, 1986). Ceci ne va pas sans causer de heurts avec le caractère collectif de l'investissement que peut représenter la réintégration sociale de personnes à la sociabilité difficile.

Après la prise en charge institutionnelle, c'est l'envahissement des professionnels qui est dénoncé, et les mouvements féministe et antipsychiatrique se font les porteurs du désir de reprise de contrôle des individus sur leur vie. Ils sont à l'origine des mouvements de défense des droits des personnes relativement à leur santé, et de la promotion de l'autonomie. La transcription de ce discours dans les milieux de santé allait donner naissance à une conception communautaire de la santé. Celle-ci fait ressortir l'aspect dynamique de l'interaction entre les conditions sociales de vie et la vulnérabilité personnelle. Mais elle s'étale sur un éventail de positions politiques large, qui va des changements sociaux radicaux au «victim blaming» (Crawford, 1981; Wallot, 1986).

S'entremêle à ces tendances, à la fin des années 70, la nécessité de réduire la croissance des coûts de santé. Cette pression affecte les services psychiatriques autant que les autres. Mais pas nécessairement plus. En effet, la part des budgets publics de santé consacrés aux services psychiatriques était de 21,3% en 1959-60, de 13,2% en 1970 et de 17,9% en 1980-81⁴.

L'ensemble de ces mouvements ont convergé pour mettre à l'ordre du jour la limitation de la responsabilité de prise en charge des personnes par les services publics. Ils ont, corollairement, prôné la «responsabilisation» des individus et des collectivités locales, tout en leur donnant des sens divergents, de la Gauche à la Droite. Ils ont donné lieu à des pratiques d'intervention autonomisantes, à des groupes d'entraide, à la

décentralisation de responsabilités, à la territorialisation des services, mais aussi à la tentation d'un recul sur le plan de la responsabilité collective, dont témoignent certains accents des discours sur les devoirs et les responsabilités des individus à l'égard de leur santé.

Ainsi, les diverses conceptions de la nature et de l'étendue de la responsabilité des services publics font l'objet de luttes vives dont les enjeux sont l'autodétermination des individus, leur capacité mentale d'y parvenir, le possible abandon par la société de ses membres les plus démunis, et la culpabilisation des victimes de troubles mentaux. Les impasses visibles sur le plan légal reflètent bien elles aussi un système en pleine ébullition et tout en contradictions. Si la loi du malade mental a eu pour objet de protéger le droit des malades mentaux de refuser l'internement et le traitement, elle a laissé un cortège d'ambiguïtés, comme celle de limiter bien souvent dans les faits l'intervention des institutions à un gardiennage par ailleurs socialement dénoncé.

Au milieu de tous ces bouleversements, l'exercice de la responsabilité sociale à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux a changé de mains. Concrètement, la protection de la société et des individus contre eux-mêmes a longtemps été déléguée aux médecins qui décidaient seuls de l'internement et de la mise sous curatelle des individus. Cette délégation existe encore, mais la législation y introduit maintenant des mécanismes de contrôle pour protéger les droits des individus, qui laissent cependant peu de place aux familles (FPAMM, 1987). Quant à la prise en charge et aux soins des personnes perturbées, ils ont été assurés par les communautés religieuses, jusqu'à ce que l'État, par les lois des hôpitaux, et des services de santé et des services sociaux, vienne à en prendre le contrôle complet. Si, dans les années 60, les médecins assumaient pour l'État la responsabilité des malades et les responsabilités administratives, les années 70 et 80 ont été marquées par la multiplication des technocrates, par la régionalisation partielle des lieux de décision (entre autres par la création des conseils régionaux), et par la dispersion de la responsabilité de dispensation des services sur des catégories d'établissements indépendantes les unes des autres (Boudreau, 1984; Wallot, 1986) et des professions régies chacune par leur corporation. D'une concentration des pouvoirs dans des mains individuelles, on est passé — en cherchant à le démocratiser — à un pouvoir plus partagé — ou dispersé — à l'intérieur de comités et de commissions (Lortie, 1986; Wallot, 1986). Tant entre ces composantes qu'à l'intérieur de chacune d'elles, les définitions de rôles ne sont pas arrêtées, et elles se heurtent maintenant à la responsabilité des individus eux-mêmes.

LA DIVERSIFICATION DES SERVICES: DEUX RÉFORMES ET LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

Les transformations des conceptions sociales et scientifiques de la santé mentale, l'amélioration des moyens thérapeutiques, la prise en charge étatique des services, et la diversification des besoins des personnes ont motivé les réformes des vingt-cinq dernières années.

Mais la diversification des services n'est pas le fruit d'une vision planifiée des types de réponses à apporter aux multiples besoins des personnes, même si elle a fait l'objet de réformes. Le discours sur la désinstitutionnalisation est apparu sous une forme organisée — qui intègre la transinstitutionnalisation et la non institutionnalisation — seulement une quinzaine d'années après les débuts du mouvement lui-même. La diversification des services est plutôt le résultat d'une évolution à tâtons, par laquelle des administrations, des institutions et des corps professionnels ont tenté, pièce à pièce, d'ajuster les interventions aux besoins des individus, à l'état de leurs connaissances et à leurs convictions.

La réforme Bédard a marqué les débuts de la diversification des services, notamment par l'amorce du dégrossissement des asiles. L'idée qu'un lieu isolé, calme et champêtre, pouvait contribuer à guérir s'affadissait à la fin des années 50. La réalité asilaire était devenue celle de bâtiments surpeuplés et insalubres dans lesquels on entre sans grand espoir d'en sortir. Celle aussi d'un lieu où l'on perd ses habiletés sociales, le contact avec ses proches et où on s'adapte à un mode de vie institutionnel (Goffman, 1968).

Devant cet échec, il valait mieux disperser les établissements et les rapprocher davantage des com-

munautés, ou encore réintégrer carrément les individus dans leur milieu. L'apparition de médicaments plus efficaces dans les années 50 allait permettre ce retour dans la société.

La réforme Bédard prônait donc en 1962 la décentralisation et la régionalisation des services, le développement de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, le développement d'un éventail complet de services s'ajoutant à l'hospitalisation, une diminution importante de la capacité des hôpitaux psychiatriques, l'utilisation maximale des services de la collectivité, l'éducation populaire, le développement de la recherche, de l'enseignement et celui de la pédopsychiatrie (Bédard, Lazure et Roberts, 1962).

Les psychiatres, sous l'impulsion du rapport Bédard, et avec l'appui populaire, consolidaient leur champ de responsabilité dans les asiles nouvellement nommés hôpitaux psychiatriques et étendaient leur pratique aux hôpitaux généraux, en quintuplant le nombre de départements de psychiatrie (Lortie, 1986). Ils créaient aussi des équipes de secteur multidisciplinaires travaillant en dehors des murs de l'hôpital. On augmentait, entre 1961 et 1970, de 158% le personnel des institutions psychiatriques (Boudreau, 1984). En 1970, après une croissance importante, les effectifs psychiatriques du réseau public dépassaient, avec 46,4% des effectifs médicaux, ceux de la moyenne canadienne (Boudreau, 1984). Ainsi, la réforme était concrètement portée par de nouveaux corps professionnels se frayant un chemin pour obtenir les ressources nécessaires à la mise en service de leurs connaissances. La psychiatrie québécoise rattrapait son retard (Laurin, 1986).

La réforme Castonguay-Nepveu confirmait, dans les années 70, la gratuité, l'accessibilité et l'universalité des services pour les individus souffrant de troubles mentaux (Laurin, 1986). Cette réforme eut pour effet de renforcer la diversification et la régionalisation prônées par la réforme Bédard, dont elle s'était d'ailleurs inspirée, mais en intégrant les structures mises en place par celle-ci dans le système de santé. L'un des effets de ce changement, selon Laurin (1986, p. 108), fut celui d'«un modèle technocratique et processuel [qui] prenait la place d'un modèle concret, davantage axé sur les besoins concrets de clientèles prioritaires».

La réforme Castonguay-Nepveu allait donner naissance à de nouvelles structures visant la complémentarité des interventions, certaines venant consolider l'intervention à caractère social: les CSS et les CLSC.

À partir de 1973, les CSS devenaient le lieu de pratique et de rattachement des praticiens sociaux. De 42 agences familiales et 6 centres psycho-sociaux qui existaient au Québec en 1970, on a fait 14 CSS ayant actuellement pas moins de 135 points de service, et auxquels ont été rattachés administrativement les 370 praticiens sociaux travaillant en milieu hospitalier psychiatrique (ACSSQ, 1987c). Ce nombre est toutefois jugé insuffisant, dans l'ensemble des régions, pour assurer les thérapies familiales ou conjugales, le support aux familles, le placement, les programmes de réadaptation et le «case managing».

Les CLSC pour leur part devaient intégrer les dimensions sanitaire et sociale des problèmes des individus, et les intervenantss'y joindre pour créer une première ligne territoriale de services dont l'approche serait globale, et incluerait les services de santé mentale.

Or, le développement complet des CLSC a été grandement perturbé par la remise en question continuelle de leur existence. Leur rôle collectif de porte d'entrée n'a pu se consolider, à cause du développement concurrent de polycliniques médicales n'étant pas tenues de fournir des services intégrés dans une approche globale. Dans ce contexte, le développement d'une première ligne en santé mentale a été sérieusement entravé.

Il existe des programmes de santé mentale dans les CLSC, mais ils ne sont pas généralisés et diffèrent selon leur date d'apparition. Certains CLSC offrent des services thérapeutiques plus traditionnels, d'autres incluent des préoccupations propres à la santé mentale dans l'ensemble de leurs activités. Certains ont développé des services d'intervention de crise et de suivi de personnes en détresse. D'autres ont contribué à la mise sur pied d'organismes d'entraide. Enfin, certains se concentrent sur des activités préventives ou promotionnelles. Seulement 74 CLSC sur 155 disposent de services psychologiques (CPPQ, 1986). Les activités de première ligne telles les consultations matrimoniales et familiales, dont le développement avait été amorcé par les centres psycho-sociaux, n'ont finalement été reprises systématiquement ni par les CSS, ni par les CLSC.

Récemment, les données sur l'importance des consultations psychothérapeutiques effectuées par les

médecins omnipraticiens en cabinet ont fait ressortir la nécessité d'assurer des services de santé mentale de qualité au niveau de la première ligne et d'articuler ceux-ci avec les services plus spécialisés de deuxième ligne (AHQ, 1984).

Or, des expériences sont tentées depuis peu par des omnipraticiens et des psychiatres qui conjuguent leurs pratiques pour assurer une meilleure accessibilité des services et un meilleur suivi thérapeutique auprès des clients, comme en témoignent les expériences de Sherbrooke, Drummondville, Chicoutimi et Amos.

Un bilan de la désinstitutionnalisation

Pendant les vingt-cinq années d'application de ces deux réformes, la création des départements de psychiatrie et celle de petites ressources d'hébergement a permis de diminuer de moitié la taille des asiles (Doré, 1986; Dorval, 1986). En effet, on est passé de 20000 lits dans les 17 milieux asilaires en 1962, à 12 000 en 1986, dont environ 100 00 en psychiatrie et ce, malgré l'accroissement et le vieillissement de la population. On compte par ailleurs un peu plus de 6000 individus hébergés dans des pavillons et des familles d'accueil. Les ressources communautaires s'occupent de un ou deux milliers de personnes de manière transitoire; les lits disponibles pour le traitement en centre hospitalier de courte durée ont vu leur nombre passer de 329 en 1962 à 2700 en 1986 (Doré, 1986). La répartition des facilités d'hospitalisation s'est profondément transformée: à Montréal par exemple, 50% des lits de courte durée sont localisés dans des CHCD (Amyot et al., 1985). Mais la diminution des lits et des durées de séjour ne réduit pas le nombre des malades, elle en augmente plutôt la circulation.

Deux phénomènes témoignent du taux élevé de circulation de la clientèle des centres hospitaliers psychiatriques, depuis la fin des années 60. Parallèlement à l'augmentation des admissions, les congés s'accroissent depuis 1957, et de manière considérable à la fin des années 60. On observe aussi à ce moment une augmentation des réadmissions dont la contribution relative au nombre total d'admissions est désormais supérieure à celle des premières admissions (Dorval, 1986).

Mais si «l'élimination» de l'internement prolongé est favorable aux individus, les hospitalisations brèves et répétitives ne font que répondre aux cas les plus urgents. Les unités de courte durée psychiatriques sont surchargées, les urgences ne fournissent plus et les traitements sont des traitements de crise. Les séjours, plus courts et plus fréquents qu'autrefois, ont tendance à s'allonger et à couvrir au total une période considérable de la vie des individus. Les conditions de vie des malades dans la communauté sont précaires; on en retrouve un certain nombre dans des taudis, itinérants ou dans les prisons.

Les effets combinés de l'augmentation de clientèle et de la volonté de réduire l'institutionnalisation n'avaient pas été prévus.

Les espoirs suscités par les découvertes pharmacologiques des années 50 avaient fait des années 60 celles d'un nouveau pari sur la guérison. En termes de développement, ceci signifie qu'on a largement investi sur la création de ressources de traitement — notamment les départements de psychiatrie — en négligeant la délicate articulation du retour dans la communauté. Au tournant des années 80, il est devenu clair qu'il manquait à l'opération dorénavant baptisée désinstitutionnalisation des services de réadaptation et de soutien dans la communauté (Doré, 1986).

La réintégration sociale impliquait la mise sur pied de mécanismes de suivi dans la communauté et d'intervention de crise, ainsi que le développement plus considérable de ressources légères d'hébergement et de travail, on le sait maintenant. Mais les travailleurs sociaux, tout indiqués pour effectuer ce travail, quittaient leur rôle traditionnel d'aidants et de dispensateurs de la charité publique durant les années 60 pour acquérir des connaissances cliniques au sein des équipes de secteur, et participer à l'effort de guérison.

La réforme Castonguay-Nepveu, en créant les CSS et en y rattachant les travailleurs sociaux psychiatriques, allait renverser ce mouvement de spécialisation clinique, en ramenant les travailleurs sociaux psychiatriques dans le giron — et au sein de la mission — des travailleurs sociaux. De plus, la sortie des asiles combinée à la sectorisation devaient accroître cette tendance: si les équipes de secteur traitaient surtout, à

leurs débuts, des individus atteints de névroses, elles allaient devoir faire face, en dix ans, à une clientèle quasi exclusivement psychotique. Qui plus est, l'intensité des besoins psycho-sociaux des jeunes adultes, clientèle nouvellement non institutionnalisée, allait rapidement faire échoir la pression du maintien dans le milieu sur les travailleurs sociaux et sur les familles des malades.

Il fallait, pour les premiers, effectuer des placements, intervenir auprès des familles, créer des ressources d'hébergement, supporter celles-ci pour éviter le burn-out, continuer à évaluer et à traiter au sein des équipes de secteur... pour en arriver à prendre conscience de la nécessité d'ajouter à l'intervention des mécanismes de coordination beaucoup plus resserrés.

Mais pendant tout ce temps, les services sociaux psychiatriques n'avaient pas la priorité au sein des CSS. Ils voyaient leurs ressources diminuer sous l'impact des compressions budgétaires des années 80. La réaction des hôpitaux fut de contester en bloc le rattachement des travailleurs sociaux psychiatriques aux CSS (AHQ, 1984).

Ainsi, dans bien des cas, le passage des individus de l'asile à des milieux de vie plus petits et en théorie plus proches de la communauté s'est soldé trop souvent par une transinstitutionnalisation, c'est-à-dire par le déplacement vers un autre lieu d'institutionnalisation. C'est le cas notamment du retour des clientèles sévèrement perturbées dans leur région d'origine. Dans le cas de la régionalisation, la transinstitutionnalisation a impliqué de surcroît pour les individus une diminution de l'accès à des ressources professionnelles: on a subi un manque périodique de psychiatres en région. La désinstitutionnalisation n'en a donc pas toujours été une, et la transinstitutionnalisation n'aurait pas à coup sûr amélioré la qualité de vie des individus. Dans le cas de ceux qui retournèrent dans leur milieu naturel, elle aurait aussi mis en péril la qualité de vie et la santé mentale de leur entourage.

Dans ce contexte, les années 70 voyaient naître des ressources communautaires qui contestaient tant le traitement en milieu hospitalier que la réinsertion dans la communauté. Plusieurs d'entre elles firent leurs preuves en région, profitant du manque de ressources traditionnelles.

À travers toutes ces expériences, divers types de ressources se sont avérées efficaces à assurer la réinsertion sociale, mais leur nombre est grandement insuffisant, laissant ainsi sans secours une grande quantité d'individus et en incitant d'autres à recourir à l'hospitalisation (Doré, 1986) — ou du moins à l'urgence (Blais, 1986b) — faute de ressources capables de leur assurer un support social. Ces hospitalisations s'ajoutent à celles qui sont rendues nécessaires par les pathologies, pour former ce qu'on appelle la «porte tournante».

Une nouvelle génération de personnes en difficulté n'a donc pas vécu l'institutionnalisation d'autrefois. Cette clientèle, constituée pour une bonne part de jeunes adultes (de 18 à 35 ans), effectue de multiples séjours dans des unités de courte ou de longue durées, ou dans des ressources communautaires. Ainsi, l'objectif récent de non institutionnalisation serait en bonne partie atteint (Laurin, 1986), bien que ce ne soit pas nécessairement de manière adéquate.

Un bilan des réformes

Les objectifs des réformes Bédard et Castonguay-Nepveu visaient à garantir une plus grande accessibilité, un rapprochement du milieu, et une approche globale des problèmes de santé. La globalité de l'approche devait être assurée par une gamme de services complémentaires de prévention, traitement et réadaptation.

C'est par une mise en séquence des services que l'on a cherché à actualiser la continuité et la globalité de l'intervention. De l'asile d'autrefois, constituant le début et le bout de la «ligne», avec quelques allers-retours possibles, le réseau de services s'est subdivisé en autant d'étapes qu'il y a d'institutions impliquées, de la porte d'entrée (première ligne: cabinets, CLSC, polycliniques, etc.) à certains lieux d'hébergement souvent terminaux (lits de longue durée, en passant par des lieux de traitement actif ou à long terme, et de réadaptation) qui s'inscrivent dans cette continuité.

Ces transformations ont-elles créé une réelle continuité dans l'intervention auprès des individus? La création de services complémentaires a-t-elle assuré l'adéquation des réponses à l'ensemble des besoins

d'individus fort différents les uns des autres? On pourrait penser que non, puisque la revendication d'une réelle continuité de l'accompagnement, d'une intervention ponctuelle adéquate et d'un respect du cheminement des personnes s'est mise, dans les années 80, à fuser de toutes parts.

Il est une constante qui traverse l'histoire des services aux malades mentaux et ce, malgré la diversification des services: c'est celle d'une prise en charge des «fous» comme collectivité, celle-ci acquérant dans le processus une pseudo-homogénéité (Goffman, 1968). La diversification des modes d'intervention nous laisse croire à une plus grande adéquation de l'intervention aux besoins. Mais cette diversification ne s'est faite qu'en partie à partir des besoins en question, et la clientèle est encore vue comme une collectivité que l'on fait cheminer dans un système devenu simplement plus complexe qu'autrefois. Ce changement n'a pas produit de processus d'accompagnement individualisé adéquat. Ce n'est d'ailleurs pas le propre de la division du travail de générer spontanément la continuité, surtout sur le plan des services aux personnes.

L'évolution des services aurait donc vraisemblablement débouché sur des problèmes de circulation de la clientèle dans les services, d'une part, et d'ajustement de la structure des services eux-mêmes aux besoins des individus, d'autre part. Ce qu'on appelle, du côté des intervenants, un manque de coordination des services, serait à l'origine d'un manque d'accessibilité et de continuité des interventions pour la clientèle.

Le manque de coordination, d'accessibilité et de continuité

Si la réforme Bédard avait concentré les pouvoirs administratifs au sein d'une seule direction ministérielle et institué les psychiatres chefs du travail clinique, la réforme Castonguay-Nepveu a laissé derrière elle un difficile partage des responsabilités à l'égard des clientèles, tant sur le plan clinique qu'administratif (Wallot, 1986; Lortie, 1986). Ce partage n'étant pas clair, on semble se heurter depuis plusieurs années à des duplications et des lacunes dans les services, au manque de coordination des interventions. Les mécanismes de garantie de l'accessibilité, tels la sectorisation, n'ont pas que des effets positifs (Lortie, 1986).

La réforme Castonguay-Nepveu n'aurait pas, non plus, dans le champ de la santé mentale, fourni les bases de coordination permettant d'intégrer la gestion du développement des ressources plus légères, sujet qui fait encore l'objet de débats vifs (Gendreau, 1984, et Morin, 1986, pour ne donner qu'un exemple).

Il n'aurait donc pas suffi d'organiser les services de manière complémentaire, puisque la logique d'utilisation des services par la clientèle révèle les lacunes de ceux-ci et les insatisfactions des usagers (Lefebvre et al., 1985; Blais, 1986b). Ces derniers utilisent en effet d'une façon surprenante et en apparence à tort et à travers les services existants. Depuis la réforme des années 70, on a pu observer l'achalandage des portes d'entrée les moins privilégiées par la réforme (les urgences et les cabinets des omnipraticiens, par exemple) et le fait que la clientèle retourne d'elle-même, sans respecter la séquence prévue, vers des services de deuxième ligne. On diagnostique de plus en plus que l'absence de certains services essentiels serait à l'origine de la «mauvaise utilisation» de services trop coûteux.

L'évolution des services serait donc au seuil d'une réarticulation plus franche des interventions à la logique de la demande des personnes et de leur entourage. C'est d'ailleurs le sens que l'on donne de plus en plus au terme «désinstitutionnalisation».

L'accompagnement implique le support, et si l'intervention s'est rapprochée progressivement des milieux de vie naturels, elle a buté constamment sur le support à leur apporter. L'accompagnement implique pour tous les intervenants le passage d'un rôle de gardien à un rôle d'aidant actif dans la proximité, et donc dans la communauté, et ce passage ne se fait que progressivement, touchant par vagues des groupes de plus en plus considérables d'intervenants. La résistance au changement de la nature et du lieu de l'intervention a eu ainsi tendance à s'amenuiser, du moins dans les discours, particulièrement au cours des cinq dernières années (Gendreau, 1986).

Le fait que l'objectif de continuité des services ait été présent dans les deux réformes et se soit soldé par une discontinuité de l'intervention auprès des individus nous autorise à interroger les moyens qu'avaient préconisés ces réformes pour l'atteindre.

D'abord, le développement des différentes phases de l'intervention a été inégal, touchant surtout le traitement individuel spécialisé, notamment par l'ouverture de lits, de cliniques et le développement de spécialités.

Mais plus encore, l'articulation des phases d'intervention a été négligée. La continuité de l'intervention, et parfois l'existence même d'un mécanisme de suivi ont trop souvent fait défaut. Pour actualiser ce suivi, il aurait peut-être fallu prendre en compte la logique du déroulement de la vie des usagers et celle de leur utilisation des services⁵. Or, si les malades semblaient être au centre des réformes, ils n'avaient pas encore voix au chapitre relativement aux services qui les concernent et ne pouvaient donc faire connaître leur vision d'eux-mêmes et du système de services.

Les structures de participation mises sur pied par la réforme Castonguay-Nepveu, telles la présence d'usagers sur les conseils d'administration, se sont en effet révélées insuffisantes à elles seules pour assurer l'écoute des bénéficiaires, l'expression de leurs critiques et la formulation de leurs demandes. Encore fallait-il que cette participation soit assortie d'un pouvoir réellement partagé entre animateurs et citoyens, ce qui était surtout le cas des organismes communautaires (Godbout et al., 1975; Godbout, 1977). Ou bien que les rapports entre les intervenants subissent des transformations majeures, que l'indépendance financière des organismes soit assurée, et l'identification des intervenants à la clientèle la plus intégrale possible (Gaucher et al., 1977).

En santé mentale, il a généralement été postulé que les ressources les plus autonomes sont bien souvent celles qui sont le fer de lance des innovations (CSMQ, 1985a; Landry-Balas, 1984), bien que celles-ci aient eu tendance à se diffuser, dans les années 80, à des ressources moins «indépendantes» (Gendreau, 1986 et 1984). L'autonomie de fonctionnement et le travail d'équipe démocratique sont deux des composantes des réussites italiennes (Bozzini, 1986).

Mais la présence des usagers sur les conseils d'administration a quand même favorisé la prise de parole des usagers, en contribuant à la mise sur pied d'associations de parents, amis et ex-malades. C'est cependant la sortie elle-même des malades mentaux des hôpitaux qui constituait le préalable essentiel à la création de tels regroupements.

La remise en question des rapports entre soignants et soignés

Cette prise de parole vient remettre en question les rapports entre les intervenants et leurs clients, et elle a déjà des conséquences sur le fonctionnement des services. D'abord, dans un système de services où le choix est possible, une clientèle avisée utilise ses capacités de choisir et vient dérouter, comme on l'a vu, la logique du système. Elle est aussi en mesure de critiquer les services et d'en faire ressortir les lacunes. Les malades et leurs familles, individuellement ou en groupe, ont ainsi commencé à revendiquer des services — et une approche — différents. Ils y sont encouragés par l'existence de connaissances contradictoires qui accroissent la multiplicité des choix, et par l'importance accordée à l'individualité (Blais, 1986a; Apollon, 1986).

L'un des objets de la réplique des usagers est le malaise et le rejet qui entourent l'individu souffrant et ses proches. Durant les années 60, les professionnels et l'opinion publique ont considéré les familles seulement sous l'angle de leur possible responsabilité dans l'apparition de problèmes mentaux chez l'un de leurs membres. Blâmées, considérées coupables, les familles ont été durant cette période trop peu supportées dans leurs efforts pour soutenir leurs membres en difficulté. Ignorées, les familles étaient rarement consultées à propos de l'intervention envisagée par les professionnels. Paradoxalement, la désinstitutionnalisation leur a bien souvent laissé l'entière responsabilité de personnes très sévèrement perturbées.

Or, la consultation de la famille est primordiale pour aider et hâter le diagnostic effectué par les professionnels, pour séparer le vrai du faux, pour rétablir la réalité dans le discours du malade et pour aider celui-ci à revenir à la réalité. Et le support de la famille, quand celle-ci existe, est indispensable à la réintégration dans le milieu (Laurin, 1986). Il est d'autant plus important qu'au moins la moitié des individus ayant vécu une hospitalisation significative retournent à domicile, sans soins à domicile (Samson, 1986).

Les travailleurs sociaux, qui avaient constitué le principal lien entre les individus perturbés et leur famille, se sont retrouvés dans l'impossibilité d'assurer ce lien à partir de la fin des années 70. Mais plus que l'implication spécifique d'un professionnel attiré, c'est surtout un rapport plus égalitaire qui est exigé de plus en plus par la clientèle et ses proches, comme en ont témoigné des prises de position publiques depuis quelques années (FQPAAM, 1987). Tout le champ de la santé mentale serait ainsi progressivement invité à définir les conditions d'un partenariat qui implique non seulement la relation à l'individu en demande et à son entourage, mais aussi les relations des intervenants entre eux.

CONCLUSION: DE L'ENFERMEMENT À LA SOCIALITÉ

Nous avons en héritage un long regard sur la maladie. L'action, depuis quelques décennies, s'est centrée plus sur la maladie que sur le malade lui-même et sa vie. On a amélioré d'abord et avant tout le traitement des maladies. Mais on a investi moins dans la prévention et dans la réintégration des personnes affectées, au sein d'un milieu de vie non marginalisé. Les familles ont été vues plus comme des responsables de la maladie que comme des acteurs pouvant apporter aide et support. Devant notre impuissance à guérir, dans une société où chacun veut être maître de son destin, l'évolution de nos interventions va dans le sens de respecter les besoins et les désirs des usagers, et d'agir davantage comme support du cheminement des personnes en difficulté et de leur entourage.

C'est en se diversifiant que se sont développés les services. Les représentations que l'on se fait des problèmes (différents savoirs), les types, les étapes, les moments et les lieux d'intervention ainsi que les catégories d'intervenants se sont multipliés. Mais la diversité d'interventions et d'approches qui en résulte se présente sous la forme d'ensembles structurés, où des savoirs particuliers sont associés à des lieux spécifiques et à des catégories déterminées d'intervenants. Chacun de ces ensembles tend à s'adresser à un groupe particulier de clients. On parle des jeunes, mais aussi des hommes; des suicidaires, mais aussi des femmes battues dépressives... Une même personne peut se trouver prise dans une filière de services qui ne lui convient pas, à cheval entre deux ou négligée par toutes (Perrault, 1986).

On est loin du système universel et intégré de services continus annoncé par la Commission Castonguay-Nepveu. Il y a des hiatus dans l'universalité d'accès, des trous dans la globalité de l'approche, des absences ou des duplications chez les responsables, et un morcellement certain de la continuité des services. La ligne brisée la plus dramatique est celle qui désarticule les interventions thérapeutiques des interventions à caractère social.

Les débats qui affectent tout le champ de la santé mentale sont le reflet de cette situation. On peut interpréter l'existence de lacunes dans les services, celle des «zones grises», et celle des clientèles échappées entre les mailles du filet, comme autant de conséquences de ce développement stratifié. Tout se passe comme si les diverses tendances, pour se développer, avaient dû se trouver des lieux propres qui correspondent mieux à leurs interventions et qui en protègent l'existence.

La vie sociale devenant de plus en plus complexe, les besoins de la clientèle se sont eux aussi diversifiés, encourageant par le fait même l'apparition de nouvelles interventions. Par ailleurs, la désinstitutionnalisation des vingt-cinq dernières années a donné à la clientèle traditionnellement psychiatrique une visibilité (Laurin, 1986) et une liberté qu'elle n'avaient pas autrefois, et lui a permis de critiquer et d'utiliser le système de services, mais aussi de susciter, par la même occasion, des réactions dans la communauté. Celles-ci, on le sait, vont du rejet à l'acceptation active.

Il apparaît d'une façon générale que les transformations imprimées aux services de santé mentale doivent être conservées parce qu'elles multiplient les possibilités de réponses aux besoins des individus. Elles doivent même être étendues. En effet, elles ont davantage touché, jusqu'à maintenant, la dispensation du traitement que les autres facettes de l'intervention et n'ont encore qu'effleuré le problème de la resocialisation des malades. C'est quand on s'attaque à la resocialisation qu'apparaît le chaînon manquant entre les interventions: l'intégration des interventions autour de la personne et par elle.

Ces constats engagent à remettre en question le caractère envahissant de l'État-Providence. Ses effets

déposés sont contreproductifs, et son coût prohibitif: on ne se situe plus dans le cadre de prospérité et de construction sociale qui a vu se développer ce type d'intervention étatique (Apollon, 1986). Mais ils nous incitent tout aussi fortement à la prudence face au danger d'une déresponsabilisation collective, étatique ou communautaire. Dans ce contexte, la question qui se pose est celle-ci: comment faire une place réelle, dans notre société, aux personnes souffrant de troubles mentaux? De toute évidence, la réponse à cette question ne peut que concerner tout le monde, et la façon de l'élaborer n'a peut-être d'autre chemin que celui du partenariat État/société civile. Le partenariat signifie redéfinir, en fonction de nos besoins et de nos moyens actuels comme société, les responsabilités respectives des communautés, de l'État législateur, de son appareil et des secteurs para-public et privé. C'est aussi redéfinir les rôles des intervenants et des institutions, et leur rapport aux usagers.

Ainsi, d'une situation où les services sont morcelés et morcellent en retour les clientèles, on pourrait, en tant que partenaires, donner naissance à une nouvelle fluidité des articulations entre les interventions, qui brise la rigidité des anciennes configurations et en rend possibles de nouvelles.

Cette fluidité, c'est celle de la vie des personnes elles-mêmes. Pour la retrouver, on est appelés à changer le lieu de notre regard des services vers les personnes (Gaucher, dans ce numéro). On a en effet travaillé sur les besoins et les services de manière objective, l'organisation des besoins et des services étant définies par les institutions. La désinstitutionnalisation posant la question du social, on a défini de nouveaux principes organisateurs — sociaux plus que médicaux — sans parvenir à l'intégration, et laissant au «social» une place relativement marginale. La recentration, il faudrait donc l'effectuer autour de la personne et de ses modes de socialité. Pour ce faire, la compréhension de la dynamique des cheminements de vie — et de l'interaction entre usagers et services — est probablement centrale.

Se poser le problème de cette manière est susceptible d'apporter un éclairage intéressant sur le rapport entre la «santé» et le «social», entre le «public» et le «communautaire», en abordant leurs composantes et leurs présences respectives en regard des personnes, et en faisant ressortir leurs interactions, plutôt qu'en les opposant. Les besoins thérapeutiques et les besoins sociaux s'articuleraient concrètement dans une perspective d'accompagnement. Se centrer sur l'histoire des personnes permettrait aussi de concrétiser les définitions un peu trop abstraites et un peu trop larges de la santé mentale, tout en ne retombant pas dans le réductionnisme de la culture médicale des dernières décennies. Sous prétexte de respecter les personnes, ce concept est parvenu à un état tel de confusion, et ses contours sont si flous, que la souffrance s'en trouve baillonnée. On retrouverait peut-être ainsi la matérialité de la santé, dont les signes se liraient dans le corps, et le sens du social, celui du rapport de ces corps animés. On remettrait le social en perspective, et on cesserait d'en faire une sous-culture de la santé. On redécouvrirait peut-être que le secteur public est une institution inventée par la communauté pour accomplir des tâches collectives, et qu'il appartient à la collectivité d'en réviser les formes quand le besoin s'en fait sentir.

NOTES

1. Michel Dorval (1986) a de plus étudié l'évolution des hospitalisations (admissions et congés) dans les hôpitaux psychiatriques du Québec. Ce travail n'est pas présenté ici.
2. Cette entreprise ambitieuse aurait pu nécessiter des années de recherche et d'intégration des connaissances disponibles. Nous n'avons que trois mois: c'est donc à ces «acteurs du système», dont l'expérience de travail et la qualité de la réflexion nous apparaissent de nature à enrichir notre réflexion, que nous avons demandé de nous faire part de leur bilan, en y incluant des données statistiques et des résultats de consultations.
3. Claude Gendreau, dans un travail non présenté ici (1986), a pour sa part relaté l'apparition et le fonctionnement du réseau de ressources intermédiaires, communautaires et alternatives, ainsi que son impact sur les clientèles sévèrement perturbées. Nous disposons de plus de deux Avis du Comité de la santé mentale du Québec (1985a, 1986) portant sur les ressources alternatives et la désinstitutionnalisation. Nous n'avons malheureusement pu consacrer autant d'énergie à l'investigation du rôle des CSS, DSC et des omnipraticiens.
4. Boudreau (1984), Camirand (1983). Mais les services couverts par ces dépenses ne sont pas forcément équivalents. Il faut considérer ces données avec précaution. De 1960 à 1970, on compte ici les dépenses relatives à la psychiatrie. Pour 1980-81, il s'agit des dépenses des établissements publics de soins (CH et CA) et des dépenses de la RAMQ pour les maladies mentales selon la CIM. On n'y compte pas par exemple, en 1980-81, les coûts des services sociaux psychiatriques. Pour toutes ces années, les

dépenses relatives à la déficience mentale, pour les établissements concernés, sont comprises. En 1980-81, les dépenses sont de 13,5% si on exclut la déficience mentale (Camirand, 1984).

5. Pour mémoire... «Si le rapport Bédard avait été une réponse vraie au livre de J.-C. Pagé, c'est de ce livre qu'on se souviendrait, c'est lui qu'on aurait ré-édité, c'est à apprendre à le lire qu'on formerait aujourd'hui les soignants de quelque discipline qu'ils relèvent, plutôt que de leur faire apprendre par coeur le DSM III» (Peraldi, 1986, p. 176).

RÉFÉRENCES

- ACSSQ, 1986, *Données relatives à la demande du Comité sur la santé mentale*, miméo, 10 octobre, 1 p.
- ACSSQ, 1987a, *Postes affectés aux clientèles psychiatriques*, miméo, mars, 1 p.
- ACSSQ, 1987b, *Répartition et ratio des cadres et des praticiens sociaux œuvrant en centres hospitaliers selon les CSS, pour l'année d'exercice se terminant le 31 mars 1986*, ACSSQ.
- ACSSQ, 1987c, *Santé mentale: rôle du social dans un réseau de services*, mémoire de l'ACSSQ présenté au Comité de la politique en santé mentale, Montréal, février, 18 p. et annexes.
- AIRD, G., AMYOT, A., 1980, «La psychiatrie communautaire», in Lalonde, P., Gruenberg, F., eds, *Psychiatrie clinique: approche contemporaine*, Chicoutimi, Gaétan Morin, 857-875.
- AMYOT, A., AIRD, G., CHARLAND, C., ROBILLARD, L., 1985, *Rapport du Comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06A)*, présenté à M. Guy Chevette, Ministre des Affaires sociales, tome I: Le rapport et ses annexes, mars, 147 p.
- APOLLON, W., 1986, Pour une politique en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 75-104.
- ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC, 1984, *Document d'orientation; organisation des services de santé mentale au Québec: analyse et perspectives*, AHQ, juin, 78 p. et annexes.
- ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC, 1986, *Vers une réorientation des services psychiatriques au Québec*, mémoire présenté au Comité présidé par le Dr. Gaston Harnois, et mandaté par la Ministre de la Santé et des Services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale, Montréal, AHQ, déc., 38 p.
- ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU QUÉBEC, 1987, *La maladie mentale, problème prioritaire au Québec*, mémoire présenté au comité présidé par le Dr Gaston Harnois, et mandaté par la Ministre de la Santé et des Services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale, Montréal, APQ, janvier, 35 p.
- BÉDARD, D., LAZURE, D., ROBERTS, C.A., 1962, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, présenté au Ministre de la Santé de la province de Québec, Québec, 157 p.
- BLAIS, L., 1986a, Les dessous du travail en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 59-65.
- BLAIS, L., 1986b, Les urgences psychiatriques: qui y va et pourquoi?, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 177-184.
- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale: Histoire et Institutions*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 274 p.
- BOZZINI, L., 1986, De l'Italie au Québec: implications de la réforme psychiatrique italienne, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 133-149.
- CAMIRAND, F., 1983, *Les coûts de la maladie*, coll. la Santé des Québécois, Québec, Gouvernement du Québec, 50 p.
- CAMIRAND, F., 1984, *Lettre à M. Pierre Vendette, re: Coût des maladies psychiques*, Sillery, 26 septembre, 3 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985a, *La santé mentale: rôle et place des ressources alternatives*, Québec, CSMQ, Éditeur officiel du Québec, 168 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985b, *La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale*, Québec, CSMQ, Éditeur officiel du Québec, 158 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1986, *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Québec, CSMQ, Éditeur officiel du Québec, 480 p.
- CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX, 1987, *Présentation de la CSN devant le Comité de la politique de santé mentale*, Montréal, CSN, jeudi 5 mars, 11 p.
- CONFÉRENCE DES CRSSS DU QUÉBEC, 1987, *Mémoire de la Conférence des conseils régionaux du Québec au Comité Harnois sur la politique de santé mentale*, Québec, Conf. des CRSSS du Québec, 4 février, 13 p.
- CORIN, E., LAUZON, G., 1984, Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation: une approche sociale en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, IX, no. 2, 168-171.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, 1986, *Mémoire soumis à la Commission sur les services de santé et les services sociaux*, Montréal, juillet, 12 p. et annexes.
- CRAWFORD, R., 1981, «c'est de ta faute»: l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé, in Bozzini, L., et al., *Médecine et société: les années 80?*, Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 481-513.
- DORÉ, M., 1986, *Un bilan de la désinstitutionnalisation au Québec*, document préparé pour le Comité de la politique de santé mentale, Montréal, 171 p.
- DORVAL, M., 1986, *Mouvement de la clientèle psychiatrique au Québec: considérations statistiques*, document présenté au Comité de la politique de santé mentale, Québec, 74 p.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, 1987, *Mémoire présenté au comité provincial de la politique en santé mentale*, Montréal, FMOQ, mars, 12 p. et annexes.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS ET AMIS DU MALADE MENTAL, 1987, *Mémoire présenté au Comité de politique de Santé mentale*, 11 février, 31 p. et annexe.

- GARANT, L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale: un tour d'horizon de la littérature*, Québec, secrétariat à la Coordination de la recherche, Évaluation des Programmes, série Études et analyses, septembre, 74 p. et annexes.
- GAUCHER, D., 1986, Contexte entourant la rédaction d'une politique de santé mentale, service de l'Évaluation des programmes de services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 19 juin, dans *Compte-rendu de réunion du Comité de la politique de santé mentale première réunion*, 2-4 juillet 1986 préparé par P. Vendette, Ministère de la Santé et des Services sociaux, CPSM, annexe E, pp. 29-31.
- GAUCHER, D., TROTTIER, L.-H., GUILBAULT, F., 1977 Les femmes: monde chéri du bistouri, *Possibles*, I, no. 2, 61-82.
- GENDREAU, C., 1986, *Les ressources intermédiaires en santé mentale, un réseau de services convergents public, privé et communautaire*, document préparé pour le Comité de la politique de santé mentale, 112 p.
- GENDREAU, C., 1984, Ressources alternatives vs ressources institutionnelles: de la pensée magique à la concertation de survie, *Administration hospitalière et sociale*, XXX, no. 6, 9-16.
- GODBOUT, J., 1977, Un possible de la réforme: les Centres locaux de services communautaires et la participation des usagers, *Possibles*, I, no. 2, 51-60.
- GODBOUT, J., COLLIN, J.P., 1975, *Les organismes populaires en milieu urbain, contre-pouvoir ou nouvelle pratique professionnelle*, Montréal, INRS Urbanisation.
- GOFFMAN, E., 1968, *Asiles; études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, coll. le Sens commun, 447 p.
- GROUPE DE TRAVAIL, 1986, *Précision du contenu et proposition des travaux nécessaires à la réalisation du point I du mandat*, présenté et adopté au Comité de la politique de santé mentale, 28 août, 17 p.
- KRAMER, M., 1980, The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, suppl. 285, 382-396.
- LAMONTAGNE, Y., 1985, L'ampleur des maladies mentales au Québec, Sillery, Québec Sciences Éditeur, 99 p.
- LANDRY-BALAS, 1984, Les ressources alternatives en santé mentale: L'expérience de la Montérégie, *Administration hospitalière et sociale*, XXX, no. 6, 42-44.
- LAURIN, C., 1986, La maladie mentale: un défi à notre conscience collective, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 105-116.
- LEFEBVRE, Y., COUDARI, F., LABRECQUE-MARCEAU, M.-P., 1985, *Psycauses*, Montréal, Université du Québec à Montréal, décembre, 176 p.
- LEVASSEUR, M., 1983, *Des problèmes prioritaires: la maladie selon les âges de la vie*, Québec, coll. La santé des Québécois, Éditeur officiel du Québec, 189 p.
- LORTIE, G., 1986, *Bilan de l'intégration des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux*, document préparé pour le Comité de la politique de santé mentale, Montréal, 56p.
- MELANSON-OUELLET, A., 1980, *Étude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, mai, 185p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1986, Mandat pour la rédaction d'une politique de santé mentale dans *Compte-rendu de réunion du Comité de la politique de santé mentale, première réunion*, 2-4 juillet 1986, préparé par P. Vendette, Ministère de la Santé et des Services sociaux, CPSM, annexe A, pp. 10-12.
- MORIN, P., 1986, Main basse sur les ressources alternatives, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 89-94.
- PERALDI, F., 1986, La folie comme de raison, la folie des autres, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 175-176.
- PERRAULT, C., 1987, *Pour une problématique québécoise de la santé mentale*, projet réalisé pour le Comité de la politique de santé mentale, février, 43 p. et annexe.
- PLAIDOYER-VICTIMES, 1987, *Violence et santé mentale, un état de la question au Québec présenté au Comité de la politique de santé mentale*, copie révisée, Montréal, P.-V., Association québécoise des organismes et personnes intéressées à la défense des victimes d'actes criminels, avril, 28 p. et annexes.
- PLAMONDON, G., PLAMONDON, L., 1981, *Pour une problématique de la crise de la retraite*, Montréal, Université de Montréal, Faculté de l'Éducation permanente.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1987, *De l'actualisation des ressources alternatives*, mémoire présenté au comité mandaté par la Ministre de la santé et des Services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale, janvier, 14 p. et annexes.
- SAINT-LAURENT, D., 1986, Dossier «Santé mentale» Programme de consultation d'experts, Commission d'enquête sur les services de Santé et les Services sociaux, octobre, 103p.
- SAMSON, F., 1986, *Bilan statistique de la situation de la clientèle psychiatrique*, document de travail présenté au Comité de la politique de santé mentale, Québec, 17 décembre, 186 p.
- TREMBLAY, M.-A., 1987, La révolution tranquillisante en psychiatrie: paradigmes, univers des pratiques et représentations sociales, *Pour un réseau autonome en santé mentale?* publié par Gifric et Cosame, octobre 1987.
- WALLOT, H., 1986, *Histoire organisationnelle des services psychiatriques et de santé mentale au Québec*, document préparé pour le Comité de la politique de santé mentale, 104p. et annexes.
- WALLOT, H., 1987, *Lettre au Dr. Jacques Bourque, président, APQ, concernant le mémoire présenté au Comité de la politique de santé mentale*, 24 février, 7 p.